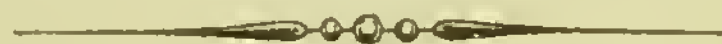
MÉMOIRES OPHTHALMOLOGIQUES;

Par le docteur AL. QUADRI de Naples.

(Extraits des Annales d'oculistique, publiées à Bruxelles par le Dr WARLOMONT.)



RECHERCHES ET OBSERVATIONS SUR LES TUBES CORNÉENS.

Les investigations auxquelles s'est livré le savant professeur Bowman, ont fait faire à l'anatomie de la cornée d'incontestables progrès, et la découverte des tubes cornéens que la science lui doit, nous semble destinée à jeter une vive lumière sur divers points intéressants de l'ophthalmologie, où l'œil du savant n'a pas encore pénétré.

Après avoir lu attentivement les descriptions qu'il en a données, j'ai trouvé de l'intérêt à répéter ses expériences. Je consignerai dans les lignes qui vont suivre les résultats que j'en ai obtenus et les considérations que m'a suggérées cette nouvelle découverte de la moderne anatomie.

Mes premiers essais consistèrent à injecter du mercure dans la cornée d'un bœuf, au moyen de tubes capillaires, en suivant les règles prescrites par le professeur de Londres. Je n'en obtins aucun résultat satisfaisant; le mercure ne pénétrait que difficilement dans la substance de la cornée, et comme il ne pouvait se répandre dans les interstices cornéens, il retombait en dehors de l'ouverture artificielle. J'eus recours alors à un mode d'injection imaginé par notre célèbre professeur Delle Chiaie, dont Naples s'honore à juste titre, et qui consiste dans des injections

d'air, découverte précieuse et qui a fait faire de grands progrès à l'anatomie comparée. Je pris un œil de bœuf très frais, j'y fis une petite incision sur une lamelle de la cornée, et y ayant fais pénétrer la pointe d'un tube capillaire, j'y insufflai de l'air. Je vis bientôt une bulle se développer entre deux lamelles de la cornée; je fermai alors avec un doigt l'ouverture pratiquée, puis ayant comprimé la cornée avec deux autres, je vis, non sans satisfaction, que l'air se frayait un passage au travers des petits canaux, en produisant une légère crépitation. Je reconnus, au moyen du microscope à l'aide d'un léger grossissement, les tubes cornéens décrits par Bowman, et disposés comme dans la *fig.* 1. Dans une seconde expérience sur une cornée humaine, je parvins à remplir d'air les tubes cornéens, qui se présentèrent comme dans la *fig.* 2.

Fig. 1.



Fig. 2.



Encouragé par ces succès, je renouvelai à plusieurs reprises mes essais, parce que mes premières injections n'avaient fait qu'ébaucher les tubes et que j'espérais arriver à des résultats plus complets. Mon espérance ne fut pas trompée.

J'avais observé que toutes les fois que je pratiquais les injections d'air dans la cornée d'individus morts seulement depuis quelques heures, je n'y réussissais que difficilement et incomplétement, ce que j'attribuai à ce que les lamelles étant élastiques et adhérentes entre elles, l'air trouvait de grands obstacles à s'y frayer un passage. Je pratiquai alors l'insufflation sur des cornées qui avaient été enlevées du cadavre depuis vingt-quatre heures,

Fig 3.



et le résultat en fut plus complet (*fig*. 3). Il le fut plus encore sur d'autres, qui avaient quarante-huit heures de date (*fig*. 4). Enfin, dans des cornées que j'avais laissées en macération dans l'eau pendant six, huit, dix, vingt-quatre heures, les tubes cornéens se développèrent d'une manière admirable, à la moindre insufflation. Je parvins même à découper des couches de lamelles injectées d'air et qui, examinées au microscope, se présentèrent sous un léger grossissement, comme dans les *fig*. 5, 6, 7.

Fig. 4.

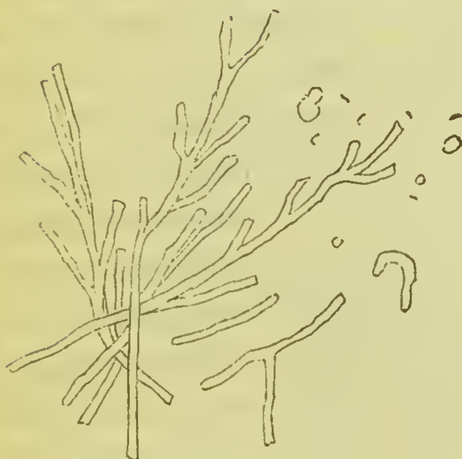
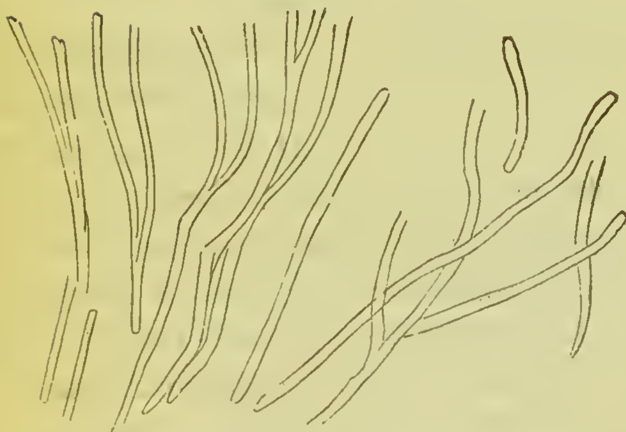


Fig. 5.



Après ces essais j'en revins aux injections de mercure, qui me réussirent mieux sur des cornées soumises au préalable à la macération, mais qui ont l'inconvénient de distendre trop fortement les tubes, à cause du poids du métal, et de les faire ainsi paraître sous un plus gros volume, ce qui me fait préférer les injections d'air, qui leur laissent leur état normal ou à peu près. Je suis parvenu par ce moyen à constater

Fig. 6.



Fig. 7.



qu'il y a autant de réseaux de ces tubes que de lamelles dans la cornée, ainsi que Bowman l'avait annoncé, et que ces couches ne communiquent nullement entre elles, circonstances que les injections de mercure ou celles d'ichthyocolle ne pouvaient faire découvrir parce que l'épaisseur de la matière de l'injection empêche le passage de la lumière et cache les couches inférieures. La méthode d'injection de Delle Chiaie a donc ici une incontestable supériorité sur toutes les autres.

Voyons maintenant quels sont les fonctions et les usages de ces mêmes tubes dans l'œil sain, après quoi nous tâcherons de découvrir le rôle qu'ils peuvent jouer dans la pathologie de la cornée, partie très intéressante à connaître, à cause de la fréquence des maladies dont cette membrane peut être le siége et de la haute importance des fonctions qu'elle est appelée à accomplir.

Lès tubes cornéens injectés ont une grande ressemblance avec les vaisseaux *lymphatico-veineux* de tous les mollusques décrits et figurés par M. Delle Chiaie, principalement dans le *Thétys*, dans la *Pleuro-phyllidia*, dans la *Aplisia*, dans les *Pecten*, dans les *Lepas*. (V. *Descrizione e Notomia degli animali inverte-*

brati della Sicilia citeriore, Napoli, 1841, vol. 1°, p. 8.) Or, cet appareil est considéré par lui comme étant formé par des vaisseaux lymphatiques et veineux incomplets, à l'état rudimentaire, dans un premier degré de développement chez ces animaux qui manquent du système lymphatique et veineux; c'est-à-dire que ces vaisseaux ne sont que des canaux privés de leurs parois, et qui, dans un second degré de développement dans l'échelle zoologique supérieure, acquièrent des parois; viennent ensuite des vaisseaux et des nerfs propres, qui s'unissent enfin pour former des ganglions et des glandes lymphatiques dans le plus complet développement. L'anatomie comparée peut donc ici nous être d'une grande utilité, car sans nous perdre en longs raisonnements et en vaines hypothèses, nous pouvons *soutenir par analogie* que la cornée n'est pas une membrane arrivée à son maximum de développement, mais bien une membrane incomplète, fonctionnant dans l'œil comme un verre convexe, et servant seulement à livrer passage aux rayons lumineux; qu'elle a des vaisseaux lymphatiques à l'état rudimentaire, tels que nous les voyons dans les premiers degrés de l'échelle animale, et que cela est d'autant plus vraisemblable que l'anatomie n'y a pas encore démontré clairement l'existence des vaisseaux lymphatiques. Le sérum qui traverse ces tubes, à l'état physiologique, servirait à distendre la cornée et à y maintenir la transparence dans les lamelles; c'est, en effet, à la présence d'un liquide que ce tissu doit sa translucidité, puisque, quand on le comprime entre les doigts ou qu'on l'abandonne aux lois de l'évaporation, on le voit s'obscurcir et devenir opaque.

La formation des vaisseaux dans l'état pathologique, nous présente un autre point d'analogie avec ces tubes. En effet, lors de la naissance des vaisseaux dans un tissu de nouvelle formation, l'on voit les globules du sang se disposer en ligne l'un après l'autre et former un sillon, et ce sillon *se perfectionner par*

degrés, jusqu'à acquérir des parois. Supposons, pour un instant, que ces vaisseaux, par un arrêt de développement, arrivés à l'état dans lequel ils forment le sillon dans le nouveau tissu, sans avoir encore acquis de parois, s'arrêtent à ce point de leur évolution, et nous aurons les tubes cornéens tels que nous les avons observés sur l'homme et sur les animaux. Si nous examinons enfin la cornée sous le rapport de ses dispositions à l'inflammation, nous y trouvons un autre point d'analogie avec le système lymphatique. Nous voyons, en effet, que la cornée s'enflamme souvent, et j'oserais même affirmer le plus grand nombre de fois, chez les personnes scrofuleuses et lymphatiques, chez les individus enfin où le système lymphatique est prédominant et prédisposé aux inflammations, comme chez les enfants scrofuleux et pendant toute l'enfance, qui nous offre certainement le plus grand nombre des maladies de la cornée.

Cette manière d'envisager les fonctions de ces tubes servirait même à justifier l'opinion d'un célèbre anatomiste contemporain, le professeur Arnold, qui considère la cornée comme un ganglion lymphatique. (V. Rognetta, *Traité pratique d'ophthalmologie*, p. 403.) Je pense, d'autre part, que ces tubes doivent jouer un grand rôle dans certaines maladies de la cornée, et surtout dans les suites de l'inflammation. Examinons, par exemple, le pannus, le néphélion, l'albugo et les divers obscurcissements de la cornée : dans le pannus, la lymphe plastique exsudée dans la période inflammatoire se présente, dans le commencement, comme des points isolés ; ces points se réunissent ensuite, et se fondant entr'eux, finissent par former dans le tissu de cette membrane des couches de lymphe plastique. A un degré plus avancé, des vaisseaux sanguins viennent donner la nutrition à ces produits, qui se trouvent en dehors du système vasculaire. Si ces exsudations sont en dehors du système de la circulation, dans quelle partie peut-on admettre qu'elles résident ? Il est évident qu'elles

doivent se trouver dans la substance de la cornée, c'est-à-dire entre ses lamelles, dans les interstices de ces lamelles.

Mais, puisque ces interstices, ces lacunes (*areæ intercellulares, interstitiales*) réunies par de petites lamelles, sont précisément ce que Bowman a appelé tubes cornéens, il est évident, et même indispensable, que la lymphe exsudée se fraye un passage à travers ces tubes, s'y arrête et s'y dispose en réseau, ayant trouvé un système de canaux exact et complet. Cette lymphe, se trouvant alors en dehors de la circulation, y séjourne longtemps et avec tant d'opiniâtreté, qu'il est très difficile d'en déterminer l'absorption.

La différente quantité de lymphe et sa position plus ou moins superficielle entre les lamelles, formeraient les différentes nuances d'opacité de la cornée. La distension de ces canaux par le long séjour de la lymphe donnerait raison de ce fait, qu'après les pannus chroniques et invétérés, la cornée conserve pendant tout le reste de la vie un degré imperceptible d'obscurcissement et une grande propension à la récidive. Cette manière d'envisager le pannus de la cornée peut seule expliquer comment une inflammation aiguë, telle que l'ophthalmo-blennorrhée spontanée ou inoculée, peut, en peu de jours, dissiper un pannus et restituer à la cornée sa transparence naturelle; car si la lymphe se trouvait disposée dans le tissu de la cornée, comme elle l'est dans les autres tissus de l'économie animale, elle devrait (d'après les mêmes forces qui la gouvernent dans les autres parties) se réunir après un certain temps, donner naissance à des fibres, à des vaisseaux, et former un nouveau tissu, dont on ne pourrait pas aisément déterminer la résorption par des médicaments astringents ou par une nouvelle inflammation.

Dans les expériences faites par Bowman, il y a ailleurs quelques lignes qui prouvent que l'exsudation de l'inflammation occupe précisément le lieu que nous avons indiqué. Je crois utile de transcrire ce passage :

« Quand on comprimait suffisamment le mercure, on voyait « les lamelles horizontales se séparer dans un espace plus ou « moins considérable, et former des taches irrégulières et apla- « ties, très semblables, pour la forme, à ce qui survient dans « l'affection nommée onyx. »

J'ai tenté en dernier lieu de me procurer des cornées malades, et d'exciter des cornéites dans les animaux, pour faire des expériences définitives; mais les cornées que je suis parvenu à me procurer jusqu'aujourd'hui n'avaient que des leucômes, et les taches épaisses et fortement opaques ne donnant point de passage à la lumière, je n'ai pu rien découvrir, ni avec le microscope, ni avec des verres grossissants. J'ai excité, par le moyen des acides et des déchirures, des congestions dans la cornée des lapins; mais mes recherches ont été aussi infructueuses, car la kératite ne se manifesta pas; je me réserve de répéter l'expérience sur les chevaux et sur les chiens, et je me flatte d'un plus heureux succès.

Je crois, en attendant, avoir prouvé :

1° Que, pour bien examiner les tubes cornéens, il est de grande utilité de se servir de cornées qui ont été en macération pendant un ou deux jours, et que les injections d'air, suivant la méthode du professeur Delle Chiaie, sont préférables à celles de mercure et d'ichthyocolle.

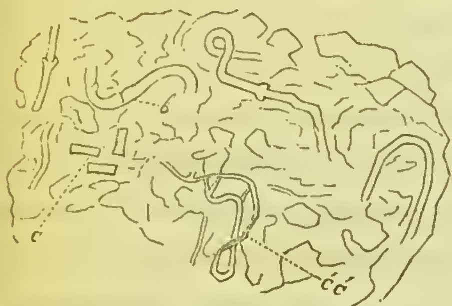
2° Que l'on peut considérer ces tubes comme un système de vaisseaux lymphatiques à l'état rudimentaire.

3° Que c'est précisément dans ces tubes que réside la lymphe plastique exsudée dans le cours de l'inflammation, et qui donne lieu au pannus, au néphélion, au nuage, et aux autres obscurcissements de la cornée transparente.

P. S. J'ai eu, ces derniers jours, l'occasion de pratiquer l'opération du staphylôme partiel sur un enfant de quatre ans. La cornée était malade depuis six mois. Le morceau enlevé, observé au microscope quelques heures après l'opération, présentait vers

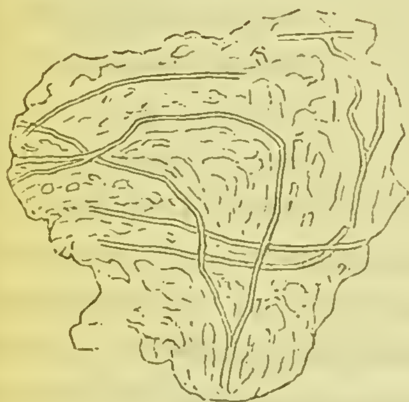
le bord supérieur de petits canaux remplis de lymphe. On voyait dans l'un d'entr'eux quelques globules de sang. Je pense que ces canaux pouvaient être des vaisseaux capillaires

Fig. 8.



de la conjonctive cornéale. En laissant le morceau de cornée en macération pendant trois jours, j'ai observé dans la substance de la cornée des tubes à parois bien déterminées (*fig.* 8), dont un était jaunâtre (*b*) et un autre contenait de la lymphe (*c'c'*). L'absence de vaisseaux lymphatiques (seule espèce à laquelle ces canaux pouvaient appartenir) dans la cornée

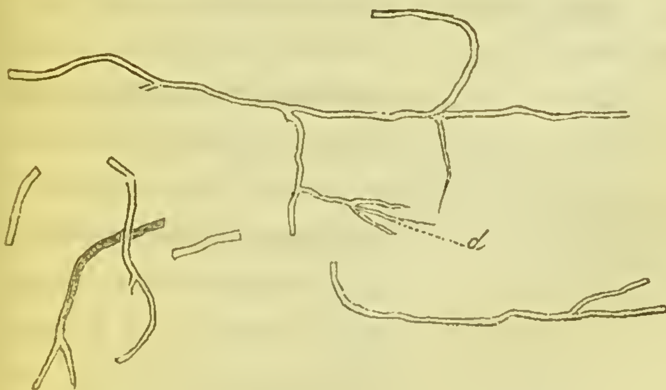
Fig. 9.



saine, porte à croire qu'ils devaient être des tubes cornéens, rendus vaisseaux lymphatiques parfaits à la suite du travail inflammatoire.

J'ai même observé des cristaux, tels qu'on les voit dans les inflammations (*c*). J'ai laissé ce morceau de cornée encore pendant quatre jours en macération, et j'ai revu les mêmes tubes plus isolés (*fig.* 9). Ayant laissé plus longtemps encore la cornée en macération, les tubes

Fig. 10.



se sont isolés tout-à-fait (*fig.* 10), de sorte que les parois vasculaires sont ici très manifestes, et très bien limitées. Dans quelques points ils présentent même des ramifications (*d*). Ce fait pourrait peut-être prouver que ces canaux ne sont que des tubes cornéens, et que les tubes cornéens ne sont que des vaisseaux lymphatiques à l'état rudimentaire.

Poursuivant mes recherches dans un autre cas, à la suite de l'ablation d'un morceau de cornée staphylomateuse, pratiquée chez une jeune fille pour corriger la difformité à laquelle elle donnait lieu, et où l'inflammation qui avait précédé avait été longue et opiniâtre, je trouvai la cornée engorgée de lymphe, et portant un albugo à sa partie inférieure. J'emportai une portion semi-lunaire de la cornée que je trouvai dure, calleuse, épaissie, de telle sorte qu'il fallut forcer les ciseaux pour séparer le lambeau. Au microscope, je reconnus non-seulement les vaisseaux sanguins (*fig.* 11) qui de l'iris adhérent à la cornée se jetaient sur cette membrane, mais les tubes cornéens, que je parvins à isoler (*fig.* 12 et 13). Ayant répété l'observation sur un autre morceau de cette cornée, j'en vis une quantité entrelacés (*fig.* 14) et d'une teinte légèrement jaunâtre. J'observai en outre que la lymphe qui sortait par la pression de la substance de la cornée, avait la même forme que les tubes (*fig.* 15),

Fig. 11.

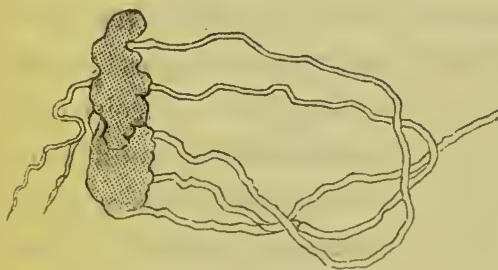


Fig. 12



Fig. 13.



Fig. 14.

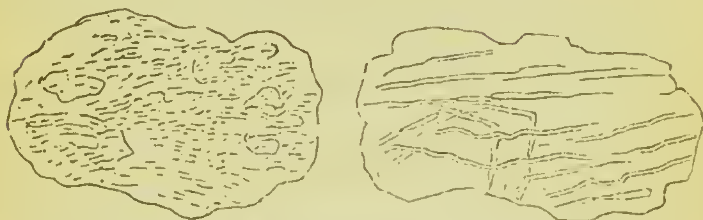


et qu'en cessant toute pression, on ne voyait plus que des granulations et de la lymphe, qui se disposait de nouveau en forme de tube, quand on renouvelait la pression (*fig.* 16). Le lendemain, j'observai les mêmes morceaux et l'évaporation avait fait disparaître la majeure partie des tubes. Je constatai enfin que ces tubes n'ont pas de parois, en ce que bien souvent, lorsque l'évaporation commençait à faire diminuer la partie la plus liquide, les tubes

Fig. 15.



Fig. 16.



taient interrompus dans quelques endroits, et que dans les espaces interstitiels, on ne voyoit rien du tout.

Ce fait, tiré de l'examen de l'œil vivant et malade, est la confirmation des principes que j'ai exposés dans ce travail.

De l'utilité de la décoction de ratanhia dans la kératite et principalement dans l'ophthalmie scrofuleuse.

La kératite est sans contredit une des inflammations de l'œil les plus fréquentes, les plus opiniâtres et les plus rebelles. Les progrès de la science ont fait sans doute que le chirurgien n'en est plus réduit à rester spectateur impuissant des désordres qu'elle amène, et néanmoins l'expérience a prouvé, d'une part, le triste effet des émollients contre ces inflammations, et d'autre part, le danger de l'application des topiques astringents dans des cas où la sensibilité de la cornée est vivement exaltée.

La pratique rationnelle a proscrit à juste titre l'usage des astringents minéraux et fait donner la préférence à ceux tirés du règne végétal. Parmi ces derniers, l'infusion de *crocus*, combinée à l'*opium*, a donné naissance au *laudanum*, dont l'usage fournit de très beaux résultats. J'ai pourtant observé que dans les kératites et surtout dans les ophthalmies scrofuleuses (qui très souvent ne sont que des kératites), son application était tout d'abord suivie d'une douleur assez vive et d'une irritation souvent très prolongée, dues à la grande sensibilité dont l'œil est atteint dans ces affections, ce qui doit faire restreindre l'emploi de ce précieux médicament à des cas déterminés.

Il était donc nécessaire de chercher dans le règne végétal une substance qui, convertie en collyre, pût être employée sans augmenter l'irritation dans les cas aigus. J'essayai successivement dans notre clinique ophthalmologique et à plusieurs reprises, pendant les années 1848, 1849 et 1850, les collyres au tannin, au columbo, et à la plupart des substances végétales astringentes employées en médecine, mais sans en obtenir de résultats favorables. Songeant alors que le ratanhia n'avait pas encore été essayé dans la pratique ophthalmiâtrique, je l'employai d'abord dans l'ophthalmie scrofuleuse légère, puis dans la première pé-

riode de la kératite, et j'en obtins de bons effets que je pus faire constater par les étudiants et les chirurgiens qui fréquentaient alors ma clinique, et par mon très respectable père, qui en adopta l'usage, en m'assurant en avoir obtenu toujours les plus heureux résultats.

Il y a six ans aujourd'hui que je m'en sers et je puis affirmer que les effets ont été toujours les mêmes; l'œil ne souffre aucunement au contact de ce collyre; le malade ne ressent qu'une aridité dans l'intérieur de l'œil, et bientôt il se sent soulagé de la douleur de la cornée; la photophobie se calme, et les larmes diminuent beaucoup. Après les deux ou trois premiers jours, lorsque l'irritation est calmée, il n'a plus assez d'énergie et il faut le remplacer alors par le laudanum plus ou moins allongé. Le collyre au ratanhia est légèrement astringent, il n'occasionne aucune souffrance et dans maintes circonstances il peut être très utile sans jamais offrir d'inconvénients. Il est insuffisant dans la cornéite qui accompagne l'ophthalmoblennorrhée, mais il est d'une incontestable et constante efficacité dans la kératite scrofuleuse et les différentes autres espèces de kératites.

Préparation. — Je fais bouillir une demi-once de racine de *ratanhia* dans 12 onces d'eau simple, ou de décoction de fleurs de sureau, jusqu'à réduction à moitié; j'obtiens ainsi un collyre rouge comme du vin, qui doit être filtré à travers du papier; avec un morceau de toile, j'en fais laver l'œil trois ou quatre fois par jour. Cette décoction perd avec le temps beaucoup de sa force, de sorte qu'il faut en avoir toujours de fraîchement préparée.

Cas remarquable de guérison d'une fistule lacrymale.

Philomène F..., âgée de 15 ans, souffrait d'une fistule lacrymale aux deux yeux, depuis plusieurs années, et comme elle

était atteinte, par suite d'un vice scrofuleux très grave, d'une exostose à la racine du nez, nous nous étions toujours refusés à l'opérer. Cependant, cédant enfin à ses sollicitations, je me décidai à faire l'ouverture du sac lacrymal, et la dilatation graduelle du canal nasal, combinée avec la cautérisation. Je fis une large ouverture sur la paroi antérieure du sac droit, selon la méthode de mon père, et y ayant introduit un stylet, je fis de vains efforts pour pénétrer dans le canal nasal; je renvoyai, selon mon habitude, à un autre jour cette partie de l'opération, parce que la suppuration abondante excitée par la présence de la charpie dans la blessure, rend ordinairement plus facile l'introduction du stylet dans le canal; le lendemain et les jours suivants, je répétai les tentatives, mais toujours inutilement; je cautérisai alors avec l'azotate d'argent les bourgeons du sac, et je revins à la charge après quelques jours, mais sans aucun succès; je crus néanmoins un moment être parvenu à l'embouchure du canal, et je tentai la dilatation forcée; mais le stylet glissa avec force et produisit une dilacération du muscle orbiculaire, qui fut suivie d'un abcès. Ce fait me rendit plus circonspect, et ayant de nouveau examiné attentivement les parties, je m'aperçus que le canal était entièrement fermé par l'exostose; je me décidai alors à tenter la perforation de l'os unguis, mais je trouvai aussi de ce côté une telle résistance, qu'il m'y fallut renoncer; je dus me résoudre à l'attaquer par le fer rouge, et ayant éthérisé la malade, je me servis d'un poinçon rougi pour ouvrir un passage aux larmes; mais cela fut encore impossible, parce que l'os unguis était devenu dur et résistant. Je proposai enfin à la malade l'usage d'un petit trépan, soit vers l'os unguis, soit vers le canal nasal; mais elle ne voulut pas s'y soumettre; je cautérisai donc à plusieurs reprises tous les bourgeons morbides du sac et je laissai se fermer l'ouverture externe, abandonnant le reste à la nature. A ma grande surprise, je vis se guérir la fistule

sans larmoiement, et quand je revis la malade après un an, je constatai que la guérison s'était parfaitement soutenue.

Je me demandai quelle était la voie suivie par les larmes, puisque tout passage par le nez était oblitéré ; on supposera peut-être que quelque canal tortueux et très étroit pouvait exister, dans lequel le stylet ne parvenait pas ; mais si l'on remarque que des faits identiques existent dans la science, c'est-à-dire que les larmes, après la totale destruction du sac et du canal nasal, ne causent pas toujours le larmoiement, et si l'on considère la préexistence de l'exostose, on jugera peut-être avec raison que le canal s'étant oblitéré graduellement, la nature, soit par la voie des vaisseaux lymphatiques si abondants dans la conjonctive, soit par l'évaporation, soit par ces deux moyens combinés, aura suppléé aux voies naturelles.

De l'utilité du sulfate de quinine dans l'ophtaamie scrofuleuse.

Les bons effets que Mackenzie dit avoir retirés de l'emploi du sulfate de quinine dans l'ophthalmie scrofuleuse, et les heureux résultats que j'en avais vu obtenir à Naples dans l'arthrite aiguë, me déterminèrent à en faire usage dans certains cas d'affections oculaires où les remèdes simples et usuels étaient restés sans efficacité. J'eus l'occasion d'en faire l'essai dans le cas suivant :

Mademoiselle C. B. J..., âgée de 7 ans, d'un tempérament scrofuleux, avait été saisie d'une conjonctivite palpébrale accompagnée de photophobie violente. Les sangsues en grand nombre, le calomel, l'opium, l'extrait de belladone à l'intérieur et à l'extérieur, le laudanum, furent tour à tour administrés sans succès. La photophobie persistait malgré tout, tellement intense, que la jeune malade tenait les yeux constamment fermés, de façon à m'empêcher absolument d'examiner l'intérieur de l'œil, et à me

laisser craindre que les paupières enflammées n'excitassent, par leur contact avec la cornée, une inflammation vive de cette membrane et toutes ses conséquences. Je prescrivis alors le sulfate de quinine à la dose de 3 grains par jour; pendant les premières vingt-quatre heures, il y eut une légère aggravation des symptômes; le second jour, la petite malade persistait à tenir les yeux fermés, mais sans douleur; le troisième, elle put les ouvrir et je les trouvai en bon état. La photophobie avait disparu.

Encouragé par ce succès, je répétai l'expérience, et j'administrai la quinine dans la kératite scrofuleuse avec ulcères, abcès, épanchements de lymphe, et j'obtins toujours la guérison de la photophobie, l'intégrité de la cornée et la disparition des épanchements de lymphe et de pus dans son tissu. Ce n'a été que chez quelques sujets à tempérament sanguin que la quinine ne m'a pas donné d'heureux résultats; mais chez ceux à tempérament lymphatique, je m'en suis toujours servi avec succès. Je dois pourtant déclarer que j'ai l'habitude de faire précéder l'usage de ce médicament de l'application des sangsues, de purgatifs, etc., et ce n'est que si la photophobie persiste que j'ai recours à la quinine.

Je pense d'ailleurs que le mode d'action de ce remède dans les cas dont il s'agit, est fondé sur les principes les mieux établis de la thérapeutique. Les Anciens employaient déjà le quinquina dans les maladies scrofuleuses, et il est aisé de comprendre que la quinine, qui est un vigoureux tonique, doit exercer une puissante action contre le principe morbide développé chez les individus cachectiques et scrofuleux, et peut, en conséquence, calmer un symptôme nerveux tel que la photophobie, de la même manière que l'opium calme les douleurs atroces de la dysenterie qui, suivant les principes de la science, n'est qu'une colite spécifique.

Cataracte traumatique guérie par l'application de la belladone;

Dans le mois de novembre 1850, je fus demandé par Ferdinand X..., orfèvre, âgé de 18 ans, qui s'étant heurté violemment au coude, tandis qu'il travaillait au chalumeau, s'était donné un coup à l'œil gauche. Il y avait huit jours qu'il souffrait et qu'il était mal soigné, lorsque je le vis. Je le trouvai en proie à de violentes douleurs de tête et à de graves convulsions. Ayant examiné l'œil, je trouvai une inflammation de la cornée, de l'iris, de la choroïde, et une cataracte traumatique; la vue était presque entièrement abolie. Moyennant l'usage combiné des bains, du calomel, du tartre stibié, des sangsues, du collyre d'arnica, et des frictions d'onguent de belladone sur le sourcil, les douleurs cessèrent et l'inflammation disparut. J'avais fait usage d'une pommade surchargée d'extrait de belladone (extract. atrop. belladon. ʒiij, axung. ʒiij), ce qui produisit une dilatation forcée de la pupille, de sorte que l'on voyait la cataracte dans toute son étendue, et le cristallin luxé ayant perdu sa nutrition, était presque atrophié. Je renvoyai l'extraction du cristallin à un temps plus favorable, et je recommandai vivement l'usage de la belladone; après quelques jours, le cristallin ayant perdu ses rapports, et trouvant la pupille dilatée, tomba dans la chambre antérieure, où il fut rapidement absorbé : de sorte que vingt-deux jours après, il ne restait qu'une légère opacité sur la capsule postérieure, une petite cicatrice sur la cornée, et une couleur violette tendre sur la sclérotique, suite de la choroïdite; la vue était un peu faible parce que les nerfs de l'œil étaient affectés. Ayant eu l'occasion de revoir le malade après quelque temps, j'ai vu avec plaisir que l'œil avait repris son aspect naturel, de sorte qu'il était impossible de distinguer l'œil sain de celui qui avait souffert.

Ce fait prouve l'utilité de la belladone à présent remplacée

par l'atropine, dans des cas semblables, et dont il faut faire usage avant que des adhérences se forment entre l'iris et le cristallin ; car j'ai observé bien souvent que le cristallin n'étant pas parfaitement libre, reste, en passant dans la chambre antérieure, appuyé contre le bord de la pupille, et excite une inflammation opiniâtre qui ne se guérit que par l'extraction du cristallin.

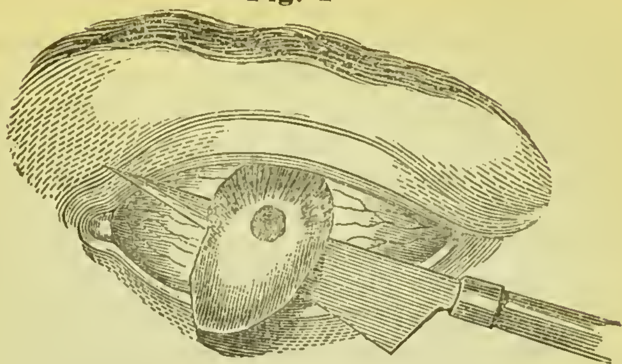
De l'opération du staphylôme partiel de la cornée,

Le staphylôme de la cornée a été le sujet des recherches des plus grands ophthalmologistes; mais, quoique la science soit riche de méthodes opératoires du staphylôme total, on a fort peu écrit sur le staphylôme partiel. Jean-Baptiste Quadri en a parlé dans ses *Annotazioni pratiche,* et bien que j'aie déjà, il y a quelques années, publié dans l'*Aténeo* l'exposé de la méthode opératoire qu'il emploie contre cette infirmité, je décrirai pourtant ici un cas de staphylôme partiel, dans lequel on reconnaîtra mieux encore la grande utilité de l'opération imaginée par mon père.

Angélique Racco, âgée de six ans, de tempérament lymphatique, fut affectée, dans le mois de mai 1853, d'une grave ophthalmie scrofuleuse à l'œil gauche. Après deux mois de souffrances, il en résulta un staphylôme vers la partie inférieure et interne de la cornée, qui s'augmenta petit à petit jusqu'à ce que la pupille en fût recouverte et que la vue se perdît. Une grave irritation se manifesta dans l'œil, accompagnée de douleurs pendant la nuit, le long des nerfs de la cinquième paire, de sorte que ses parents vinrent demander les secours de l'art. Je fis inutilement usage des moyens résolutifs, des sangsues, du laudanum (avec lequel j'ai bien souvent réussi); je proposai alors d'abattre le staphylôme pour calmer les souffrances; mais, comme le staphylôme s'étendait jusque sur la pupille et qu'il ne restait de transparent que le tiers de la cornée, j'annonçai que la vue ne pourrait jamais se rétablir, et que j'opérais seulement dans le but de calmer les douleurs. Mon avis fut accueilli, et ayant éthérisé la petite malade, je traversai la cornée avec un couteau,

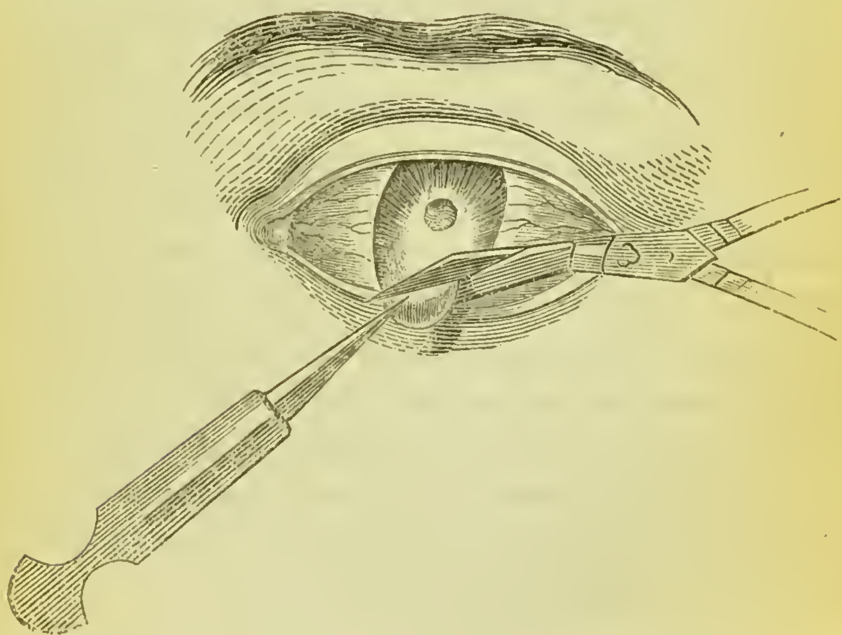
comme pour l'opération de la cataracte (*fig.* 1). Je trouvai la

Fig. 1.



cornée si amincie, qu'après l'incision cette membrane s'affaissa et le staphylôme disparut entièrement. Je saisis néanmoins le lambeau avec des pinces (*fig.* 2) et j'en enlevai une portion que

Fig. 2.



je tâchai de rendre semi-lunaire. Je fermai l'œil avec du taffetas d'Angleterre, et j'ordonnai la diète et le repos. La nuit et le jour suivant, l'opérée jouit de la plus grande tranquillité : les douleurs avaient disparu. Le troisième jour, le même calme ayant continué, j'ouvris un peu l'œil, et je trouvai que l'inflammation avait

diminué et se bornait aux paupières, qui par leur gonflement exerçaient une compression très utile dans cette circonstance. A la base du staphylôme on remarquait une perte de substance de forme circulaire comme un ulcère de la cornée, entourée d'une auréole blanchâtre ; je fermai soigneusement l'œil pour éviter une procidence, et j'abandonnai le reste à la nature. Après dix-huit jours, le 26 novembre 1853, je rouvris l'œil; la cicatrice s'était achevée. La cornée était peut-être trop plate en comparaison de celle de l'autre œil ; la portion supérieure de la cornée, qui était demeurée transparente, était descendue vis-à-vis de la pupille, de sorte que la malade commençait à y voir. Après quelque temps et grâce à l'emploi du laudanum, la cornée s'est éclaircie aux alentours de la cicatrice et la pupille s'est trouvée recouverte d'une portion de cornée complètement transparente, de sorte que la vue est devenue parfaite. Il ne reste qu'une synéchie antérieure, qui empêche les mouvements pupillaires vers la partie inférieure.

Cette observation témoigne de la grande utilité de la méthode opératoire inventée par mon père; elle montre aussi le peu d'épaisseur que peut prendre la cornée dans quelques staphylômes chez les enfants, contrairement à l'opinion de Scarpa. Dans le cas présent, en effet, la cornée était moins épaisse qu'à l'état normal et elle n'était ni dure, ni alvéolaire, comme l'indique Scarpa. L'opération détruisit le staphylôme, rendit la régularité de la forme à l'œil, et une faculté visuelle à laquelle on était bien loin de s'attendre. Il est certain que l'on peut considérer cette méthode opératoire comme un vrai progrès de l'ophthalmologie, parce que dans un cas que l'on aurait traité, il y a 50 ans, en détruisant l'œil et en appliquant un œil artificiel, on a pu, au moyen d'une opération bien simple et bien facile, rendre la régularité de la forme et la fonction à un organe qui était devenu inutile et même fort incommode.

Bruxelles. — Imprimerie de CH. LELONG, rue Royale, 138.